

檔 號：

保存年限：

# 中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市安和路一段29號9樓  
承辦人：陳哲維  
電話：(02)2752-7286#151  
傳真：(02)2771-8392  
電子信箱：wei0508@tma.tw

受文者：如正、副本收受者

發文日期：中華民國103年8月20日

發文字號：全醫聯字第1030001270號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：檢送本會103年8月14日「第10屆第6次基層醫療委員會」會議紀錄乙份（如附件），請查照。

說明：

- 一、本紀錄為內部參考用，俟理事會通過後實行。
- 二、惠請確認紀錄內容，如有疑義請於103年8月27日前回復（未回復則推定為同意），謝謝。

正本：蘇理事長清泉、陳召集委員宗獻、徐副召集委員超群、王委員正坤、何委員活發、吳委員國治、李委員光雄、李委員昭仁、李委員紹誠、周委員朝雄、林委員恒立、張委員孟源、連委員哲震、陳委員晟康、陳委員夢熊、黃委員振國、劉委員文漢、盧委員榮福、顏委員鴻順、蘇委員榮茂

副本：郭監事會召集人宗正、趙常務監事堅、陳常務監事穆寬、蔡秘書長明忠、蔣副秘書長世中、黃副秘書長啟嘉、丁副秘書長鴻志、張主任委員嘉訓、黃主任委員永輝、蔡主任委員其洪、林組長義龍、周委員慶明、謝醫師坤川、林主任秘書忠劭、各縣市醫師公會（含附件）

中華民國醫師公會  
全國聯合會校對章

理事長 蘇清泉

本案依分層負責規定授權陳召集委員宗獻決行

上網公告

第1頁 共1頁

103. 8. 25 810

中華民國醫師公會全國聯合會  
第 10 屆第 6 次基層醫療委員會會議紀錄

時間：103 年 8 月 14 日(星期四)下午 2 時 30 分

地點：本會第二會議室

出席：徐超群、王正坤(張金石代)、吳國治、李光雄、李紹誠、周朝雄、林恒立、  
張孟源、連哲震、陳晟康、陳夢熊(夏保介代)、黃振國、劉文漢、盧榮福、  
顏鴻順、蘇榮茂

請假：何活發、李昭仁

列席：林文德、蔡明忠、蔣世中、黃啟嘉、丁鴻志、張嘉訓、黃永輝、蔡其洪、林  
義龍、謝坤川

主席：陳召集委員宗獻

記錄：陳哲維

壹、主席報告：(略)

貳、上次會議結論辦理情形：

一、有關「藥品物流宅配服務」乙案，除待 103 年 8 月 24 日第十屆第五次理事會  
報告通過後，函請衛生福利部醫事司針對部分疑義再次釋疑外，擬於 10 月安  
排拜會醫事司司長，就本案及「醫院附設診所」案共同研議。

參、專題演講：長榮大學醫務管理學系林文德副教授「慢性病及多重慢性病增加趨  
勢對西醫基層總額預算成長之影響研究」：洽悉。

肆、討論事項

一、案由：有關「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」修訂建議，提請 討  
論。(提案單位：西醫基層醫療服務審查執行會高屏分會)

結論：移請基層審查執行會研議。

二、案由：賡續研議「104 年度全民健康保險西醫基層總額預算項目暨成長率」  
案。(提案人：陳召集委員宗獻)

結論：通過，「104 年度全民健康保險西醫基層總額預算項目暨成長率」(詳附  
件)。

三、案由：建請研議修訂成人健檢給付規定。(提案單位：醫療事業輔導委員會)  
結論：行文中央健保署建議刪除「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第二部第一章第一節門診診察費通則六之規定。

四、案由：有關「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」修訂建議，提請討論。(提案單位：西醫基層醫療服務審查執行會南區分會、臺灣兒科醫學會)

結論：移請基層審查執行會研議。

## 陸、臨時提案

一、案由：為因應總額協商與中央健保署進行之事前協調會新情勢，就其中「多重慢性病」雙方談話差距，強化說帖及配套方案，提請討論。(提案人：陳召集委員宗獻)

說明：

(一)民眾及學者的聲音：

1. 老人需要整合門診避免重複用藥，應落實健保卡就醫紀錄管控，讓醫師看過用藥紀錄後再開藥(老人聯盟)。
2. 健保局花了兩億三千萬元試辦計畫，服務對象卻未涵蓋罹患多重慢性病老人(督保盟)。

(二)學者的研究

1. 台灣慢性病人醫療利用之探討—以慢性腎臟病、糖尿病及高血壓為例(臺灣公共衛生雜誌--2013年32卷3期)
  - (1) 目標：人口老化導致慢性病人及醫療利用增加，實施論量計酬導致多重疾病病人至不同專科看病，探討慢性病人之醫療利用及其照護適用情形有其重要性。
  - (2) 2006年底20歲以上至少罹患一種慢性病者共2,539,137人，盛行率為14.83%；合併三種慢性病者之門診及住院利用最高……合併三種慢性病、合併慢性腎臟病及高血壓者之門診利用顯著較僅罹患高血壓者高……。
  - (3) 結論：慢性病型態會影響門診和住院利用。建議衛生主管機關提供適度之支付誘因，鼓勵及引導醫師提供多重慢性病人整合性照護，給予病人較佳之治療建議。

### (三)政策的連續性

1. 健保署：計畫從 98 年 12 月 1 日起提供「多重慢性病整合照護門診」。  
第一階段 98 年到 99 年底，第二階段 100 年到 101 年，第三階段 102 年之後重點為醫院與基層醫療院所的垂直整合。

### (四)本會建議：內涵及規劃

#### 1. 執行對象：

- (1) 整合治療：有二種以上慢性病之病人在同一診所就醫時，須整合多重疾病之診斷與治療，開具處方同一連續處方箋。
- (2) 雙向知會：有二種以上慢性病之病人在不同院所就醫時，應查詢並記錄病人在他院所使用之慢性病藥物。開具連續處方，並囑病人攜帶用藥記錄資料知會他院所醫師。

2. 費用估算：依本會研究劃將慢性病成長分為三個成份：性別人口因素、一般慢性病、多重慢性病

3. 執行細節及支付規範：通過後由總額承做單位與健保署協調後實施。

結論：通過強化本案說帖及配套方案，爭取 104 年成長率預算。

二、案由：研議西醫基層「減量服務」之時機、方式及配套措施，提請討論。(提案人：陳召集委員宗獻)

說明：

- (一)104 年度總額協商會前會已於 103 年 8 月 12 日與中央健保署初步討論，雙方差距極大
- (二)減少服務量的方案在內部會議中已經一再討論過，並於會議決議中做為附帶原則。
- (三)問題是如何減量？減少看診天數？強制休診？減那一科或哪項服務？
- (四)在協商過程中，非協商因素加上協商因素，今年仍有至少 9 到 11 億的實質成長額度。於協商過程中在書面上提負項成長率把成長率往下減，或口頭提出減量服務等協商結束，內部共識再來玩真的，何者有利值得思考。

結論：依總額成長率協商結果，討論「減量服務」(或稱「合宜服務」、「價量相符服務」方式(項目))之共識。

三、案由：建請衛福部對於「醫療法人設立診所」或「醫院附設門診部」之屬性

三、案由：建請衛福部對於「醫療法人設立診所」或「醫院附設門診部」之屬性及健保總額費用的歸屬做適法之函釋。(提案人：徐副召集委員超群)

說明：

- (一)「醫療法人設立診所」或「醫院附設門診部」備受爭議之處在於，部分醫療法人或醫院，或因受限於個別醫院總額限制及醫院點值偏低，恐影響醫院收支營運，爰為減輕負擔，透過另外設立「醫療法人設立診所或醫院附設門診部」的方式，將本應由醫院總額支應的門診醫療服務及其醫療費用，完美合法地自醫院移出，並由西醫基層總額支應其門診醫療費用，造成俗稱「院前診所」林立之奇特現象。惟此舉無疑係直接侵蝕並加重西醫基層總額負擔。
- (二)醫院為擴大服務當地民眾，應設立「門診中心」，隸屬醫院總額涵蓋範圍，在醫院內提供全人的照護。而非另外設立診所或門診部，以不公平競爭行為，侵蝕基層總額，違反醫療體系分級醫療之精神。
- (三)根據衛生署 84 年 8 月 23 日衛署醫字第 84034421 號函釋：「醫院應業務需要於他址附設門診部，屬醫院之擴充，應依醫療法第十二條(註：現行第十四條)、第六十五條(註：現行第九十條)規定報經衛生主管機關許可，始得為之，並依法請領診所開業執照。---」可見醫院附設門診部，既然是屬醫院之擴充，其健保醫療費用的歸屬自應屬於醫院總額。其屬性為醫院的延伸，應依法請領醫院開業執照。
- (四)「醫療法人設立診所」亦為相同意義，其屬性為醫院的延伸，應依法請領醫院開業執照。其健保醫療費用的歸屬自應屬於醫院總額。

結論：

- (一)本案仍列於 104 年西醫基層總額成長率協商項目，爭取該項預算。
- (二)行文衛生福利部函釋醫療法第 31 條有關「規模」之定義及建議「醫療法人設立診所」或「醫院附設門診部」改領醫院開業執照。
- (三)訂於 10 月拜會醫事司司長研議。

陸、散會：下午 17 時 20 分

104年度西醫基層醫療給付費用成長率項目（草案）

103年8月15日製

項目	成長率	預估增加金額 (百萬)	8月14日會議結論
一般服務			
醫療服務成本指數及人口因素成長率	1.154%	1,132.7	
投保人口年增率	0.175%	171.8	
人口結構改變率	0.997%	978.6	
醫療服務成本指數改變率	-0.020%	-19.6	
協商因素成長率	4.388%	4,307.3	
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	0.10%	98.2	依健保會103年7月評核結果辦理。
支付項目的改變			1.請健保署依廠商申請引進新藥及特材，提供預估納入104年項目之費用。 2.請健保署提供於102-103年度「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議-藥品會議」，欲申請健保支付之新藥2A（新成份新藥）項目，並協助推估費用。 3.建議移列「其他預算」項目，專款專用，待追蹤五年，費用支出穩定後再移列一般服務預算。
配合安全針具推動政策之費用	0.004%	3.9	配合政策推動

104年度西醫基層醫療給付費用成長率項目（草案）

		8月14日會議結論	
項目	成長率	預估增加金額 (百萬)	
支付項目的 改變			<p>一、通過多重慢性病，說明如下：</p> <p>1.內科醫學會建議「提高85歲以上老人之不限科別診察費加成20%案」，併案考量。</p> <p>2.為因應總額協商與健保署進行之事前協調會新情勢，就其中「多重慢性病」雙方談話差距，強化說帖及配套方案（詳附件）。</p> <p>二、費用預估基礎，說明如下：</p> <p>1.依據研究計畫顯示2000-2010年間，西醫基層慢性病及多重慢性病盛行率逐年增加，此增加無法以人口結構改變完全解釋。其中扣除人口結構改變的影響，西醫基層多重慢性病的盛行率年成長2.55%，十年間成長1.91倍，年成長率6.71%，扣除人口老化的因素，成長1.53倍，年成長率4.35%，人口老化因素占35%。</p> <p>2.多重慢性病的費基以100億計，扣除人口結構的影響，成長率為4.35%計算，預估增加費用約為4.35億。</p>
	提升多重慢性病 照護品質	0.443%	435.0
			<p>1.為留住優秀護理人力提供社區醫療服務發展，並推動以病人為中心之直接服務為主軸，期提升護理人員之留任意願及病人之醫療照護品質。</p> <p>2.建議新增支付標準-「基層護理費」。</p> <p>3.查101年診所執業護理人員為20,464名，若診所護理人力每年以3%成長，每人每日調整為100點；<math>20,464 \times (1+3\%) \times 25 \times 12 \text{個月} \times 100 \text{點} = 632.3 \text{佰萬}</math>，爰建議編列632.3佰萬點，以提升基層門診護理照護人力品質。</p>
			<p>【基層護理費】 【新增項目】</p>
	0.644%	632.3	

104年度西醫基層醫療給付費用成長率項目（草案）

8月14日會議結論			
項目	成長率	預估增加金額 (百萬元)	
<p>其他預期之法令或政策改變（適應症放寬、法令改變等）：Statins及LDL (一)</p>	0.294%	288.4	<p>1.任何項目開放應依照二代健保立法精神，收支連動，對於藥品給付規定標準放寬，應考慮其適當性及其衍生之診察費、診療費（檢驗）、藥品費用之經費來源，並與醫療提供者協商。</p> <p>2.全民健保自102年8月1日起，降低心血管疾病或糖尿病兼有高血脂之患者使用降血脂藥品門檻，即血中低密度脂蛋白膽固醇(LDL-C)濃度<math>\geq 100\text{mg/dL}</math>就可使用。</p> <p>3.以102年度健保申報為例，檢驗申報件數及費用分別648.5千件及161.5百萬點，其較同期成長率為28%。其統計病人當次就醫申報LDL檢驗之所有醫療費用（含診察、診療、藥費等），合計1076百萬點，較去年同期成長33%。</p> <p>4.102年度病人當次就醫申報LDL檢驗之所有醫療費用（含診察、診療、藥費等），較101年淨增加267百萬點。推估103年醫療費用以8%成長，預估增加費用為276百萬點 *(1+8%)=288.4百萬</p>
<p>其他預期之法令或政策改變（適應症放寬、法令改變等）：法人設立診所、醫院附設門診部 (二)</p>	0.927%	910.1	<p>1.政策因素改變所衍生醫療費用（醫院附設診所或醫院轉型為診所）：因95年醫療法第31條第1項規定：「醫療法人得設立醫院、診所及其他醫療機構。」爰醫院設立「附設診所」，於衛生局設立登記類別為「診所」。其有政策目的，但已造成基層總額財務困境，建議應由政策因素改變項目下支應本項費用。【註：醫院附設診所代號，於97年正式編碼為40-41】</p> <p>2.依據健保署提供資料，復經本會彙整後，「西醫基層總額開辦後因政策改變所設立之診所（醫療機構代碼為40及41者）」或「醫院附設門診部（排除衛生所轉型）」，以102年申報費用合計為910.1百萬（詳附件）。</p>

支付項目的  
改變



104年度西醫基層醫療給付費用成長率項目（草案）

8月14日會議結論

項目	成長率	預估增加金額 (百萬元)	8月14日會議結論
支付項目的 改變	0.012%	11.6	<p>1.查102年醫院總額編列支付標準調整預算50.55億，用於調整急重難之科別；據衛福部說明，本次調整案總計內科增加8.09億...。其中，地區醫院內科調整門診診察費8%；內科：包括就醫科別為內科、神經科、消化內科、心臟血管內科、胸腔內科、腎臟內科、風濕免疫科、血液腫瘤科、內分泌科、感染科及胸腔暨重症加護等科。</p> <p>2.考量弱勢科別加成之公平性，西醫基層之其他單一內科次專科，如「神經科」、消化內科等，建議比照「102年醫院總額之地區醫院」納入加成範圍。</p> <p>3.內科次專科醫師均比照「102年度西醫基層內科診察費加成」案，排除已納入內、外、婦、兒科專科醫師加成；以102年度健保申報資料，診察費申報305百萬，第一階段加成3.8%，預估增加增額11.6百萬。</p>
支付項目的 改變	0.399%	391.6	<p>1.調整藥事服務費：基層院所及特約藥局比照醫院部門調升3元，預估增加點數361.1百萬。</p> <p>2.新增語言治療診療項目「中度複雜」及調整「複雜」治療支付點數：參照台灣聽力語言學會意見，推估修訂後原「中度」治療約0.5%轉申報「中度-複雜」，並無轉申報「複雜」治療，其餘99.5%維持申報「中度治療」；原「複雜」治療中，約43%轉申報「中度-複雜」，約53%維持申報「複雜」治療。推估西醫基層將增加30.46百萬點預算。</p>
支付項目的 改變	0.052%	51.0	<p>西醫基層每家補助5,000元，推估金額為10,150(家)*5,000=5,100萬元。</p>
「腹腔鏡次全子宮 切除術」【新增項 目】			<p>1.函覆婦產科醫學會，按新增診療作業流程提供成本分析、作業流程等資料予健保署後，再行研議。</p>

104年度西醫基層醫療給付費用成長率項目（草案）

項目		成長率	預估增加金額 (百萬元)	8月14日會議結論
醫療服務利用及密度的改變	因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響（含慢性病照護之增進）	0.996%	978.0	<p>1. 基層慢性病費用成長的原因，包括人口結構老化、慢性病盛行率改變及慢性病患者就醫場所改變等。</p> <p>2. 以「2000至2010年整體慢性病盛行率變化趨勢，經人口結構的校正（排除人口老化的影響）」為例，西醫基層的慢性病利用十年間成長1.82倍，年成長率6.17%，扣除人口老化的因素，成長1.46倍，年成長率3.92%。西醫基層的慢性病患者費用十年間成長2.08倍，年成長率7.61%，扣除人口老化的因素，成長1.67倍，年成長率5.28%。</p> <p>3. 綜合，慢性病盛行率逐年增加，此增加無法以人口老化加以解釋。</p> <p>4. 以103年度的慢性病費用267.54億計，扣除人口結構的影響，成長率為5.28%，其104年度的慢性病費用預估增加為14.13億；再扣除「多重慢性病」增加費用4.35億，推估慢性病增加費用為9.78億元。</p>
醫療服務利用及密度的改變	合理反映偏鄉及弱勢者之照護需求（人口及風險因子R值）	0.000%		請吳國治、黃啟嘉、徐超群等6區各1名代表，召開「地區預算分配原則」會議盡速研議。
醫療服務利用及密度的改變	給付及衡平調整-耳鼻喉門診局部處置	0.561%	551.1	合理調整兒科、內科及家醫科執行耳鼻喉門診局部處置之申報率。臨床上，5歲以下兒童罹患呼吸道感染，因年幼兒多不善擤鼻涕，除造成身體極度不適、哭鬧不安穩外，若醫師未協助其取出（抽吸）膿或痂皮，將引發更嚴重之中耳炎或鼻竇炎，病情惡化，爰醫師有必要依其病情施予本項局部處置。建議本項支付標準為120點/件及180點/件；以100年度健保署試算，兒科、內科及家醫科放寬閾值至5%，預估增加費用551.1百萬。
其他項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.045%	-43.9	依據103年5月23日健保會第1屆103年第5次會議決議辦理。
一般服務成長率				

104年度西醫基層醫療給付費用成長率項目（草案）

		8月14日會議結論	
項目	成長率	預估增加金額 (百萬元)	
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>			
資源不足地區改善方案	150.0	0.0	<p>1.102年全年結算約1.09億點，執行率72.7%，102年較101年成長28.06%，推估104年約需支應1.4億元。</p> <p>2.若計畫內容沒有改變，至少比照103年預算編列。</p>
慢性B、C型肝炎治療試辦計畫	450.0	250.0	<p>1.查102年編列157佰萬，預算不足由其他預算支應；截至102年Q3費用使用176.5百萬，超出19.5佰萬，預算執行率124%；推估102年度至少超出78.3佰萬，執行率達165.4%。103年編列200佰萬，預算不足由其他預算支應。</p> <p>2.100年放寬基層醫師參與資格（不需參與家醫計畫）、98年11月放寬適應症（收案條件可以「抽血」檢驗病毒量取代「肝穿刺」）、基層各分區嚴格管控、新開業診所提供BC肝醫療服務，如台北區醫療財團法人好心肝基金會好心肝診所(102.7.25起提供服務)，暨配合國健署積極推動肝炎防治。</p> <p>3.為提升民眾就醫可近性，擬依健保署建議開放支援醫師參與。</p> <p>4.綜合前開說明，基層執行BC肝之相關治療仍持續增加，尚不穩定，應維持專款專用，若預算不足部分，由其他預算支應。</p>
醫療給付改善方案	254.4	48.9	<p>一、依據健保署建議：</p> <p>1.糖尿病、氣喘、BC肝炎帶原者等3項醫療給付改善方案：依照102年點值結算金額費用為1.6458億；推估104年預算約2.2493億。</p> <p>2.思覺失調症方案：依照102年點值結算金額費用為0.0113億，推估104年預算約0.0137億。</p> <p>3.新增早期療育方案，104年預算係參照糖尿病方案之新收案管理照護費(1人1年1次)、追蹤管理照護費(假設1人1年3次)及年度評估管理照護費(1人1年1次)，乘以100年早期療育基層治療人數10,655人，估算得0.19億。</p> <p>4.孕產婦方案考量104年院所參與度，以102年較101年成長率0.117%估104年度編列預算0.091億。</p> <p>二、綜上，基層部門合計預估2.544億，增加4,890萬。</p>

104年度西醫基層醫療給付費用成長率項目（草案）

項目	成長率	預估增加金額 (百萬)	8月14日會議結論
<p>家醫整合性照護計畫 (診所以病人為中心整合照護計畫併入)</p>	1,747.0	547.0	<p>1.查102年度編列12.15億元。當年度收案人數205.35萬人，實支費用12.億，預算執行率98.9%。 2.103年家醫收案人數218.38萬人*計畫費用(800元)=1,747佰萬元，扣除原預算編列1200佰萬元，預估增加547佰萬元。 3.健保署表示，「依照103年度評核會議結果，扣除單一診所型態實際執行費用4,000萬元」乙節；103年度收案人數高於102年度，倘扣除單一診所執行費用4000萬元，恐造成預算不足。另，倘取消單一診所執行模式，該診所可能參與家醫群之照護模式，其照護人數及費用仍持續產生。</p>
<p>其他預期之法令或政策改變(適應症放寬、法令改變等)： Lucentis</p>	100.0	100.0	<p>1.健保署於103年7月15日健保審字第1030063117號公告修正「調整支付價格眼科 Lucentis 藥品代碼為K000879205跟K0008792FM，並於103年8月1日生效」，從每支33,086元調整為28,359元。 2.本項用藥品項須進行事前審查及各分會持續管控之下，其治療患者仍會持續增加，尚未穩定，建議專款專用，避免衝擊西醫基層總額。</p>
<p>專款金額合計</p>	2,601.4	945.9	
<p>門診透析服務成長率</p>	4%	557.4	<p>1.104年門診透析服務維持103年度之分配方式：協商新年度成長率，並依協商當年第一季西醫基層總額及醫院總額之門診透析費用點數占率分配計算而得新年度西醫基層及醫院門診透析費用及其成長率。 2.經前開分配原則計算後，基層門診透析服務成長率以不超過西醫基層總額一般服務成長率為優先。</p>

註：計算本表成長率所用之基期費用，已含校正投保人口差值。

「西醫基層總額開辦後因政策變所設立之診所（醫療機構代碼為40及41者）」或「醫院附設門診部（排除衛生所轉型）」

單位：百萬點

分區	醫療機構代碼	權屬別	院所名稱	98		99		100		101		102	
				值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	2634010014	26	臺北榮民總醫院員山分院附設門診部	159.3	3.0%	150.4	-5.6%	164.7	9.5%	154.5	-6.2%	142.7	-7.6%
臺北	2634031022	26	臺北榮民總醫院蘇澳分院附設門診部	27.4	4.3%	28.3	3.1%	29.5	4.5%	26.0	-11.9%	31.3	20.4%
臺北	4001110018	40	國泰醫療財團法人內湖國泰診所(97.4)	163.4	16.5%	149.0	-8.8%	155.0	4.0%	147.9	-4.6%	156.0	5.5%
臺北	4034010017	40	宜蘭普門醫療財團法人普門診所(98)	25.6		26.0	1.7%	29.3	12.4%	27.3	-6.6%	25.8	-5.7%
臺北	4001180029	40	醫療財團法人好心基金會好心診所(102.7.25)									8.5	(推估)
臺北小計				375.7		353.7		378.5		355.7		364.3	
北區	3432060513	34	嶺新醫院桃園國際機場醫療中心	3.8	1.3%	3.9	3.2%	4.2	6.0%	4.0	-4.6%	4.1	3.6%
北區小計				3.8		3.9		4.2		4.0		4.1	
中區	2536150519	25	國軍臺中總醫院民眾診療附設成功婦科門診部	5.0	-16.2%	3.2	-34.7%	3.3	2.3%	3.7	12.4%	4.0	6.6%
中區	3336010017	33	中國醫藥大學附設醫院豐原醫務室	37.9		77.1	103.7%	80.6	4.6%	84.2	4.4%	90.0	7.0%
中區小計				42.9		80.3		83.9		87.9		94.0	
南區	2221070517	22	台南市立醫院附設安平門診部	13.5	10.4%	14.0	3.5%	15.3	9.2%	15.5	1.4%	16.0	3.7%
南區	3521060894	35	台南市立醫院附設安平門診部	15.8	13.9%	16.1	1.4%	18.5	15.4%	22.8	22.9%	25.4	11.3%
南區	2622010013	26	臺中榮民總醫院嘉義分院附設門診部	53.0	1.8%	52.7	-0.5%	55.6	5.5%	55.4	-0.5%	59.7	7.8%
南區	3121060010	31	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人安南診所	20.8	2.1%	20.3	-2.2%	22.3	10.1%	20.6	-7.7%	10.6	-48.4%
南區	3139010515	31	佛教慈濟醫療財團法人斗六慈濟診所	177.4	24.8%	184.5	4.1%	204.4	10.8%	208.8	2.1%	239.4	14.7%
南區小計				280.5		287.6		316.1		323.1		351.1	
高屏	3144010518	31	財團法人天主教會靈醫會慈民醫院附設湯南門診部	4.9	-1.1%	4.5	-7.3%	4.6	2.3%	5.5	19.5%	6.3	15.3%
高屏	3244030030	32	財團法人天主教靈醫會慈民醫院附設白沙診所	4.7	-12.9%	4.0	-15.6%	4.0	0.5%	4.1	3.3%	3.5	-14.4%
高屏	3543013068	35	屏安醫院附設門診部	30.7	21.1%	29.8	-2.9%	26.7	-10.6%	24.4	-8.5%	25.8	5.8%
高屏	3543111309	35	國仁醫院附設高樹門診部			5.2		11.3	118.9%	11.9	5.5%	11.7	-2.2%
高屏	3543130411	35	安和醫院附設門診部	4.9	-13.4%	4.5	-7.8%						
高屏	4102080011	41	阮綜合醫療社團法人保順診所(99.10)			2.1		17.0	700.8%	22.3	31.2%	29.1	30.5%
高屏	4107320010	41	和平醫療社團法人進興診所(96)					15.4		13.9	-9.5%	15.0	7.8%
高屏小計				45.2		50.1		79.0		82.1		91.4	
東區	2745020019	27	臺北榮民總醫院鳳林分院附設門診部					5.1		5.1		5.2	3.0%
東區小計								5.1		5.1		5.2	
全區總計				748.1		775.6		861.7		852.8		910.1	

註1：數據提供：中央健康服務署。

註2：資料擷取日期：103年3月11日。

註3：醫療費用點數排除代辦案件。

註4：權屬別說明：21-衛生署所屬診所及市立診所、22-縣市立診所、23-衛生所、24-公立學校附設醫務室、25-軍方診所(民眾診療附設門診部)、26-榮民診所(榮家醫務室)、27-機關(構)附設醫務室、29-社團法人附設醫務室、30-宗教社團法人附設診所/醫務室、31-財團法人附設醫務室、32-宗教財團法人附設診所/醫務室、33-私立學校附設醫務室、34-事業單位附設醫務室、35-私立診所。

為因應總額協商與健保署進行之事前協調會新情勢，就其中「多重慢性病」雙方談話差距，強化說帖及配套方案，說帖內容增加如下：

#### 一、民眾的聲音：

1. 老人聯盟:老人需要整合門診避免重複用藥，應落實健保卡就醫紀錄管控，讓醫師看過用藥紀錄後再開藥（吳玉琴）。
2. 督保盟:健保局花了兩億三千萬元試辦計畫，服務對象卻未涵蓋罹患多重慢性病老人（滕西華）。
3. 醫學專家:每天服用 5 種以上藥物，就算多重用藥，全台半數老人每天服用 6 到 9 顆藥物。他建議，健保應擴大老人給付，盡速規畫責任醫師制度（陳慶餘）
4. 臺灣公共衛生雜誌--台灣慢性病人醫療利用之探討—以慢性腎臟病、糖尿病及高血壓為例（2013 年 32 卷 3 期）
  - (1) 目標：人口老化導致慢性病人及醫療利用增加，實施論量計酬導致多重疾病病人至不同專科看病，探討慢性病人之醫療利用及其照護適用情形有其重要性。
  - (2) 方法：以健保門住診資料定義 2006 年底仍存活之 20 歲以上慢性病人（患慢性腎臟病、糖尿病、高血壓）為對象，計算 2006 年底慢性病盛行情形，排除 2007 年死亡者追蹤其 2007 年醫療利用，探討慢性病型態對門住診醫療利用之影響。
  - (3) 結果：2006 年底 20 歲以上至少罹患一種慢性病者共 2,539,137 人，盛行率為 14.83%；合併三種慢性病者之門診及住院利用最高，平均門診次數、科別數、醫師數、院所數分別為 33.20 次、5.41 科、8.46 位、4.57 所，平均住院次數、天數、院所數分別為 0.71 次、7.37 天、0.43 所；合併三種慢性病、合併慢性腎臟病及高血壓者之門診利用顯著較僅罹患高血壓者高，合併三種慢性病、合併慢性腎臟病及糖尿病者之住院利用顯著較僅罹患高血壓者高。
  - (4) 結論：慢性病型態會影響門診和住院利用。建議衛生主管機關提供適度之支付誘因，鼓勵及引導醫師提供多重慢性病人整合性照護，給予病人較佳之治療建議。

#### 二、政策的連續性：

1. 健保局：計畫從 98 年 12 月 1 日起提供「多重慢性病整合照護門診」。

第一階段 98 年到 99 年底，第二階段 100 年到 101 年，第三階段 102 年之後重點為醫院與基層醫療院所的垂直整合。

### 三、內涵及規劃

#### 1. 執行對象：

- (1) 整合治療：有二種以上慢性病之病人在同一診所就醫時，須整合多重疾病之診斷與治療，開具處方同一連續處方箋。
- (2) 雙向知會：有二種以上慢性病之病人在不同院所就醫時，應查詢並記錄病人在他院所使用之慢性病藥物。開具連續處方，並囑病人攜帶用藥記錄資料知會他院所醫師。

2. 費用估算：多重慢性病人數\*0.4（基層就醫慢性病比率）\*600 元/年=? 億元。

3. 執行細節及支付規範：通過後由總額承做單位與健保署協調後實施。

四、以上若未能獲得通過之變通方式：配合健保署主張，爭取加到家醫計劃中，為新增項目。